



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Potenciar un envejecimiento activo para los enfermos de Alzheimer centrado en la musicoterapia

Autor/es

IRENE MARTÍN TORRES

Director/es

M^a CARMEN SABATER FERNÁNDEZ

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS HUMANAS

Curso académico

2016-17



***Potenciar un envejecimiento activo para los enfermos de Alzheimer centrado en la musicoterapia,* de IRENE MARTÍN TORRES**

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2017

© Universidad de La Rioja, 2017

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**POTENCIAR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
PARA LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER
CENTRADO EN LA MUSICOTERAPIA**

IRENE MARTÍN TORRES

TUTOR

CARMEN SABATER FERNÁNDEZ

**Grado en Trabajo Social: Facultad de Ciencias
Jurídicas y Sociales**

Año académico: 2016-2017

1. RESUMEN

Debido al incremento de la esperanza de vida y a la disminución del número de nacimientos en estas décadas, se ha desarrollado una gran ampliación del envejecimiento en los países más desarrollados. Este incremento también se ha visto reflejado en el número de enfermos de Alzheimer.

Esta situación hace necesaria la elaboración para el presente trabajo de un estudio, en el que se investigue sobre la enfermedad del Alzheimer, la visión de los familiares sobre esta enfermedad y las actividades de estimulación cognitiva que se efectúan, haciendo hincapié en la musicoterapia, para potenciar el envejecimiento activo en este colectivo.

Palabras clave

Envejecimiento, Esperanza de vida, Alzheimer, Musicoterapia, Actividades de estimulación cognitiva.

ABSTRACT:

The recent decades have been marked by increasing life expectancy and decreasing birth rate. This phenomenon has resulted in overriding ageing in the developed nations, where a significant growth in the amount of Alzheimer patients has also been noticed.

This essay attempts to shed light on Alzheimer, its patients and how the illness affects their relatives. Similarly, it also provides a comprehensive overview of some viable cognitive activities to stimulate patients, paying especial attention to music therapy, which is seen as a means to foster active ageing among Alzheimer patients.

Key words: Ageing, Life expectancy, Alzheimer, music therapy, cognitive-stimulating activities.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN | 1 |
| 2. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 3.1. El envejecimiento | 5 |
| 3.1.1 Concepto del envejecimiento | 5 |
| 3.1.2 El incremento de la esperanza de vida..... | 6 |
| 3.2 La enfermedad del Alzheimer | 8 |
| 3.2.1. Desarrollo de la enfermedad | 8 |
| 3.2.2. Síntomas de la enfermedad | 9 |
| 3.2.3. Factores de riesgo de la enfermedad. | 10 |
| 3.2.4. Etapas del Alzheimer..... | 12 |
| 3.3. La Musicoterapia | 16 |
| 3.3.1. El desarrollo de la musicoterapia..... | 16 |
| 3.3.2. Áreas estimuladas por la musicoterapia. | 18 |
| 3.3.3. Los efectos de la musicoterapia | 19 |
| 3.3.4. Los beneficios de la musicoterapia con enfermos de Alzheimer | 20 |
| 4. OBJETIVOS..... | 21 |
| 5. MARCO INSTITUCIONAL DE LA RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES “SANYRES-LOGROÑO”. | 21 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 23 |
| 7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 25 |
| 8. CONCLUSIONES | 31 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA | 37 |
| 10. ANEXOS | 41 |

2. INTRODUCCIÓN

El incremento en la esperanza de vida está originando un crecimiento acelerado de personas mayores, causando una ampliación del envejecimiento en la población.

Esto provoca que las personas mayores cada vez necesiten más cuidados y que sus familiares no puedan atenderles de forma adecuada, aumentando los centros de día y las residencias de personas mayores.

Actualmente nuestra sociedad está mostrando síntomas del envejecimiento como la calidad de vida, el envejecimiento activo... términos presentes en nuestro conocimiento. Con ello, se quiere explicar que el envejecimiento no tiene que ser ningún impedimento para poder desarrollar las tareas y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), ya que la idea de vivir es difícil de entender sin una actitud positiva.

Pero el envejecimiento y la esperanza de vida, está suponiendo un reto para la sociedad, puesto que los problemas de salud y las enfermedades cognitivas van aumentando con el paso del tiempo, coincidiendo con el crecimiento de un envejecimiento activo óptimo.

Conforme a este aumento, también lo ha ido haciendo el número de enfermos de Alzheimer, ya que 1 de cada 10 personas mayores de 65 años padecen esta enfermedad.

El presente trabajo de Fin de Grado correspondiente al Grado en Trabajo Social, pretende ser una aproximación al conocimiento del concepto del envejecimiento activo y a la importancia para mejorar los síntomas de la enfermedad del Alzheimer, gracias a actividades terapéuticas, donde habrá un gran hincapié en la musicoterapia, producidas por los equipos profesionales de los centros de días o centros residenciales y por sus respectivas familias.

El Alzheimer es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una forma normal del envejecimiento. Actualmente no existe ninguna vacuna contra el Alzheimer, pero un envejecimiento activo hace que los efectos de la enfermedad sean menos devastadores por un periodo de tiempo.

Todas las familias que tienen un enfermo de Alzheimer, pero sobre todo las personas que se encargan de su cuidado, viven esta enfermedad de manera bastante negativa, la

cual no solo consume a el enfermo que la padece sino también a las personas que se encuentran a su alrededor.

Esta frase explica el Alzheimer día a día de manera correcta:

“El alzhéimer tiene un coste social y emocional altísimo, porque no solo provoca el desgaste cerebral del paciente, sino también de su familia” (Ana Martínez Gil, 2009.)

Por este motivo, se ha realizado un estudio en la residencia de personas mayores Sanyres-Logroño donde se ha llevado a cabo la metodología cualitativa ya que se han elaborado entrevistas a cinco familiares cuyos residentes son enfermos de Alzheimer, para poder elaborar un análisis de la información, he aquí la metodología cuantitativa, sobre la opinión que tienen los familiares acerca de la enfermedad del Alzheimer, como ellos mismos lo han asumido y sobre qué tipo de terapias de estimulación cognitivas participan estos usuarios.

A modo de conclusión se han propuesto tres medidas de mejora para los enfermos de Alzheimer que residen en Sanyres-Logroño y para sus familiares, y así conocer mejor las fases evolutivas de esta enfermedad, e intentar que los familiares se sientan más aliviados, ya que antes viven una situación de sobrecarga.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El envejecimiento

3.1.1 Concepto del envejecimiento

Los seres humanos debemos considerar el envejecimiento como una parte más de la vida ya que nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos.

En el ciclo vital de una persona hay varias etapas: el nacimiento, la infancia, la adolescencia, la edad adulta y, a partir de cierto momento, comenzamos a envejecer. Esta última etapa no se inicia en el mismo momento para todo el mundo ya que se debe valorar que algunas personas envejecen más rápido que otras.

Definir el proceso de envejecimiento resulta mucho más complejo de lo que pueda parecer en un primer momento.

Según Langarica Salazar (1985) se define como:

“El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Envejecimiento como:

“El deterioro de las funciones progresivas y generalizadas, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”

En la mayoría de las definiciones sobre el envejecimiento se puede extraer el mismo pensamiento: los cambios que van sucediendo en nuestras células y tejidos con el paso del tiempo, suponen una pérdida continua de rendimiento fisiológico y una incapacidad para conservar el equilibrio funcional.

Por ello, aunque debemos tener claro que el envejecimiento no es una enfermedad, los cambios que experimenta el organismo con el paso del tiempo aumentan las posibilidades de padecerlas.

3.1.2 El incremento de la esperanza de vida

A lo largo del Siglo XXI, como consecuencia del descenso de la mortalidad a todas las edades, la esperanza de vida se ha desarrollado de manera espectacular.

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población ha de ser considerado como producto del éxito de la humanidad, debido a las mejoras ocasionadas en el desarrollo socio-económico, educativo, social y sanitario. Es por ello que se debe destacar que según la Organización Mundial de la Salud (2017), España es el cuarto país con más esperanza de vida del mundo, tan solo por debajo de Japón, Suiza y Singapur.

Respecto al género, en nuestro país la esperanza de vida en las mujeres es mayor que en los hombres, concretamente en torno a seis años más. Y, aunque cada vez vivimos más, la brecha de género se sigue manteniendo.

La explicación tradicional radicaba en los mayores riesgos que corrían los hombres, en términos de accidentes y enfermedades propios de su estilo de vida, como enfermedades cardíacas y cánceres. Aunque en la actualidad, los estilos de vida tanto de los hombres como de las mujeres, son bastante similares, es por ello que se debe buscar otras razones.

En el periódico El Confidencial indica algunas de las razones por la que las mujeres viven más que los hombres son: (Ayuso, 2014)

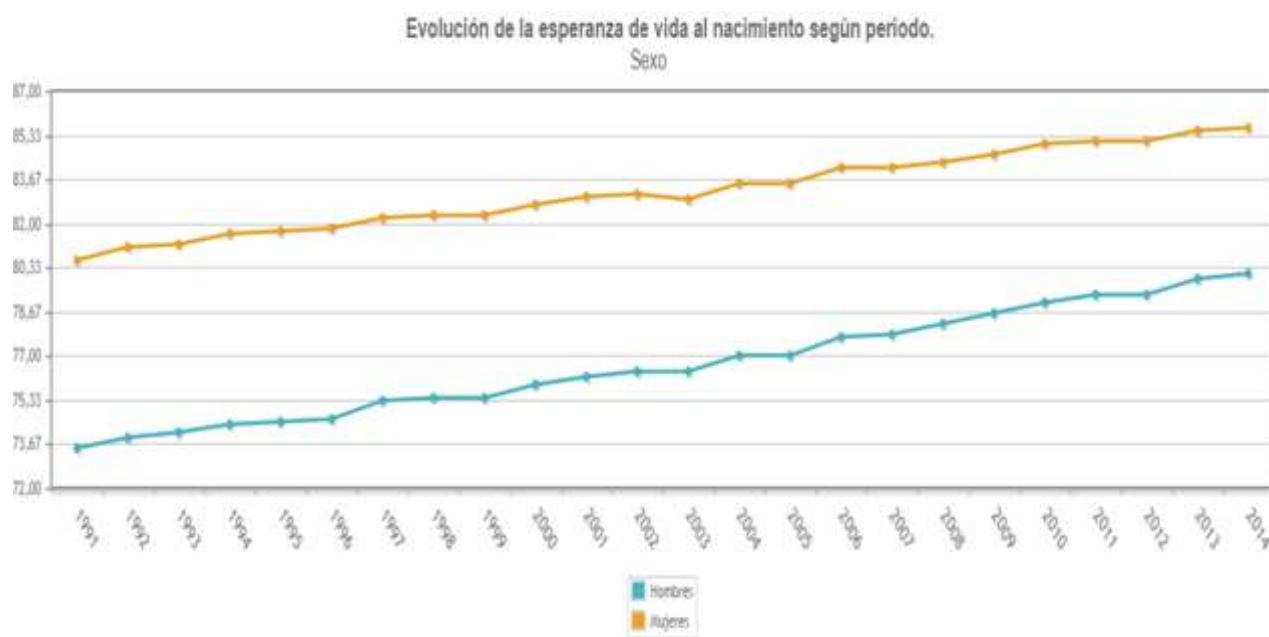
- 1- Las mujeres son más fuertes en el útero, ya que los varones son más propensos a sucumbir a una infección prenatal.
- 2- Las mujeres son más precavidas que los hombres, de forma casi inevitable un hombre va a hacer cosas bastante más arriesgadas que una mujer de su misma edad.
- 3- Las mujeres desarrollan problemas cardiovasculares más tarde
- 4- Las mujeres tienen vínculos sociales más fuertes. Tener relaciones es una acción muy beneficiosa que ayuda notablemente a las personas, ya que te despejas de los problemas e intentas ayudar a la otra persona.
- 5- Las mujeres se cuidan más: Los hombres acuden al centro de salud cuando su estado es grave, provocando que los tratamientos empiecen más tarde. En

cambio, las mujeres acuden bastante más al médico que hombres, por temas de prevención.

En esta gráfica se puede observar la evolución de la esperanza de vida que se ha ido generando desde 1991 hasta el 2014.

En 1991, las mujeres tenían una esperanza de vida de 81 años aproximadamente, en cambio los hombres tenían la esperanza de vida entre los 73 años, casi 10 años de diferencia.

Comprobando también la notable crecida de esperanza de vida en los últimos años, ya que las mujeres en el 2014 viven en torno a los 85-86 años y los hombres suelen llegar a los 80 años.



3.2 La enfermedad del Alzheimer

3.2.1. Desarrollo de la enfermedad

“La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia que en la última década ha saltado a los medios de comunicación. Prácticamente todo el mundo ha oído hablar de ella, tiene algún familiar afectado o sabe de alguien que lo padece” (Peña- Casanova, 1999: 14.)

La enfermedad del Alzheimer es el tipo de demencia más común, un término general para denominar a las enfermedades que ocurren cuando el cerebro ya no funciona correctamente. Dicha enfermedad causa problemas de memoria, del razonamiento y de la conducta. En la etapa temprana, los síntomas de la demencia pueden ser mínimos, pero a medida que la enfermedad provoca más daño al cerebro, los síntomas empeoran (Alzheimer’s Association, 2017.)

El Doctor Carlos Alberto Parquet (2007: 9.) entiende el Alzheimer como:

“Un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro, es decir una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos. El paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos según vaya avanzando la enfermedad”.

Raquel Orantes Fernández y Manuel Jesús Romero Bravo (2010: 21.) recoge en su libro que:

“Esta enfermedad fue descubierta por un médico Alemán llamado Alois Alzheimer (el cual recibe el nombre de la enfermedad). En 1906 presentó una comunicación acerca de una seria enfermedad peculiar del córtex cerebral, aunque hasta 1910 no se conoció realmente la Enfermedad de Alzheimer. Se trataba del caso de Auguste Deter, enferma ya fallecida que durante sus últimos años de vida presentó unos característicos síntomas de demencia, como alteraciones en la

memoria, incapacidad para vestirse, comer, hablar, escribir, comunicarse con los demás, etcétera.

Según el informe elaborado por PwC (2013), en España existe una población entre 500.000 y 800.000 enfermos de Alzheimer, con 150.000 nuevos casos cada año.

Actualmente no existe un tratamiento que detenga el avance de la enfermedad de Alzheimer, existen medicamentos para tratar los síntomas de la demencia.

En las últimas tres décadas, las investigaciones sobre la demencia han aportado conocimientos mucho más profundos sobre cómo la enfermedad de Alzheimer afecta al cerebro, buscando tratamiento más efectivos, o alguna cura para prevenir la enfermedad y mejorar la salud del cerebro. Estas investigaciones demuestran que el cuidado efectivo y el apoyo emocional mejoran la calidad de vida de las personas con Alzheimer y de sus cuidadores durante el curso de la enfermedad.

3.2.2. Síntomas de la enfermedad

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, causan pérdidas de memoria y otros síntomas lo suficientemente graves como para interferir en la vida cotidiana. Estos síntomas no son una parte natural del envejecimiento.

“Los enfermos de Alzheimer van perdiendo sus recuerdos y su identidad hasta no reconocer la realidad que les envuelve. La enfermedad dura entre 7 y 15 años. Durante este tiempo, la afectación y dependencia del enfermo es cada vez mayor”. (Fundación Pasqual Maragal, 2008)

Además de la pérdida de la memoria, los síntomas de esta enfermedad incluyen en:

- Problemas para realizar tareas que antes resultaban habituales.
- Dificultad para resolver problemas.
- Cambios de ánimo o en la personalidad; distanciamiento con los amigos y los familiares.
- Desorientación de tiempo, lugares e incluso de personas.
- Problemas en la comunicación escrita u oral.

- Cambios visuales, como problemas para comprender imágenes
- Colocación de objetos fuera de lugar y la falta de habilidad para volver a trazar sus pasos.
- Pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo o en actividades sociales
- Disminución o falta de juicio.

Es posible que los familiares y amigos observen los síntomas de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias progresivas, antes que la persona que experimenta estos cambios. Por ello hay que protegerlos y mantenerlos alejados del riesgo, sin asustarlos, alarmarlos e intentar que lleguen a comprender la situación, es decir debe realizarse una detallada vigilancia y control en la persona afectada.

3.2.3. Factores de riesgo de la enfermedad.

La Fundación Pasqual Maragall indica que “Esta enfermedad es la que más preocupa a los mayores, por delante del cáncer o el infarto. Conforme ha ido aumentando la esperanza de vida en todo el mundo, también lo ha ido haciendo el número de enfermos de Alzheimer, ya que 1 de cada 10 personas mayores de 65 años padecen esta enfermedad”.

“Si aún no comprendemos todas las razones por las cuales algunas personas padecen la enfermedad de Alzheimer y otras no, estos son los siete factores de riesgo que generan una mayor probabilidad de padecer esta enfermedad” (Alzheimer's Association, 2017)

1. La Edad. El envejecimiento es el mayor factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer. La mayoría de las personas tienen 65 años o más. Aunque la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, afecta a personas menores de 65 años, pero no es lo más habitual ya que un 5% de las personas con la enfermedad de Alzheimer tienen la enfermedad de inicio temprano.
2. Familiares con Alzheimer: En ocasiones, la enfermedad de Alzheimer llega a ser hereditaria, puede que los descendientes de la persona enferma posean una mayor probabilidad de desarrollar esa enfermedad, que en caso de alguien que no tenga ningún parentesco de primer grado con este colectivo.
3. La Genética. Los investigadores han identificado muchas variantes de genes que aumentan las probabilidades de padecer la enfermedad de Alzheimer. El gen

APOE-e4 es el gen de riesgo más común asociado con la enfermedad de Alzheimer; se estima que contribuye aproximadamente en una cuarta parte de los casos.

Los genes determinantes son diferentes que los genes de riesgo en tanto que aseguran que alguien padecerá una enfermedad. La única causa que se conoce de la enfermedad de Alzheimer es la de heredar un gen determinante. La enfermedad del Alzheimer causada por un gen determinante es rara y probablemente ocurre en menos del 1 por ciento de los casos. Cuando un gen determinante causa la enfermedad de Alzheimer, se lo denomina “Enfermedad de Alzheimer autosómica dominante” (ADAD, por sus siglas en inglés).

4. Deterioro cognitivo leve. Los síntomas del deterioro cognitivo leve incluyen cambios en la capacidad de razonamiento, aunque estos síntomas no interfieren en la vida cotidiana y no son tan graves como aquellos causados por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias progresivas. Tener deterioro cognitivo leve del tipo que implica problemas de memoria, aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Pero el deterioro cognitivo leve no siempre avanza. En algunos casos, es reversible o se mantiene estable.
5. Enfermedad cardiovascular. Los investigadores sugieren que la salud del cerebro está estrechamente relacionada con la del corazón y los vasos sanguíneos. El cerebro obtiene el oxígeno y los nutrientes necesarios para funcionar adecuadamente de la sangre, y el corazón es el responsable de bombear la sangre al cerebro. Por lo tanto, los factores que provocan enfermedades cardiovasculares también pueden estar relacionado con la obesidad, la diabetes, altos niveles de colesterol y presión arterial en la mediana edad y el tabaquismo.
6. La educación y la enfermedad de Alzheimer. Los estudios han asociado una menor cantidad de años de educación formal con un riesgo creciente de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. No existe una razón clara para esta asociación, pero algunos científicos creen que más años de educación formal pueden contribuir al aumento de conexiones entre las neuronas, lo que permite que el cerebro utilice rutas alternativas de comunicación neuronal cuando surgen los cambios relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

7. Lesión cerebral traumática. El riesgo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias aumenta después de una lesión cerebral traumática de moderada a grave, como un golpe en la cabeza o lesión en el cráneo que cause amnesia o pérdida del conocimiento durante más de 30 minutos.

3.2.4. Etapas del Alzheimer

La enfermedad del Alzheimer tiene un curso degenerativo progresivo que se caracteriza por un avance insidioso, las manifestaciones sintomatológicas suelen ir apareciendo de forma escalonada. Algunos enfermos pueden permanecer mucho tiempo en la misma fase antes de sufrir una regresión. Otros pueden pasar más rápidamente a otro estadio (Khosravi, 1995: 27)

Tradicionalmente se ha hablado de 3 fases o etapas de progresión, caracterizadas por su continuo y progresivo empeoramiento.

Las tres etapas son:



Figura: Evolución cerebral de la enfermedad de Alzheimer. Imagen extraída de:

<http://www.alzheimer.com.es/fases-del-alzheimer>

- En la primera etapa, Enfermedad de Alzheimer muy temprana: Se caracteriza por algunas pérdidas de memoria como el olvido de cosas, nombres o citas, incapacidad para realizar frases largas, cambios repentinos de humor (habitualmente enfados que pueden provocar pérdidas de control en el enfermo), no les salen las palabras e incluso pueden perderse, aunque sí que razonan

adecuadamente. Estas pérdidas de memoria pueden pasar desapercibidas pero con el tiempo llegan a interferir en el día a día de la persona.

- En la segunda etapa, Enfermedad Alzheimer leve o moderada: El paciente es más dependiente. Comienzan los cambios en su comportamiento como: la agresividad, los miedos y las acusaciones. El enfermo suele sentirse confuso y necesita una supervisión diaria de lo que hace. El lenguaje empieza a verse más afectado: repite frases, no las acaba, le cuesta relacionar y diferenciar conceptos. Los movimientos comienzan a empeorar llegando a perder el equilibrio, caídas espontáneas...
- En la última etapa, Enfermedad de Alzheimer Severa: En la última fase, el paciente depende por completo de terceras personas para su subsistencia. Necesita ayuda para las tareas más básicas de la vida cotidiana (ABVD). Pierde la memoria reciente y remota, no reconoce a su familia. Se comporta como un niño pequeño; grita, llora, se agita, tiene comportamientos agresivos... En cuanto al lenguaje, balbucea. Muchos pacientes permanecen rígidos y mudos. Les cuesta controlar sus esfínteres, se atragantan, no controlan sus gestos. Aumentan las infecciones, la deshidratación, la desnutrición y las heridas por inmovilización, etc... La causa final de la muerte suele estar relacionada con alguna de estas complicaciones.

Siempre debemos tener en cuenta que cada individuo es único y por ello se debe explicar más detenidamente las siete etapas por las que van a pasar la mayoría de estos enfermos.

Según recoge Alzheimer's Association, gracias a un sistema desarrollado por Barry Reisberg, M.D. (Director del Centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York), las siete etapas del Alzheimer son:

I. Ausencia de daño cognitivo (función normal)

La persona no experimenta problemas de la memoria, ni síntomas que los profesionales médicos puedan detectar durante las entrevistas con el paciente.

- II. Disminución cognitiva leve (Pueden ser los cambios normales provocados por el envejecimiento o pueden ser las primeras señales del Alzheimer)

El individuo nota ciertos fallos de memoria como olvidar palabras conocidas o el lugar donde colocan objetos de uso diario. Los médicos, amigos, familiares o compañeros de trabajo no detectan estos fallos en la persona afectada.

- III. Disminución cognitiva leve (La etapa temprana del Alzheimer puede ser diagnosticada en algunos individuos con estos síntomas, pero no en todos)

Los amigos, familiares, compañeros de trabajo y médicos comienzan a notar deficiencias. Algunas dificultades comunes en la Tercera Etapa son:

- Dificultad notable de encontrar la palabra o el nombre adecuado.
- Capacidad reducida para recordar nombres al ser presentado a nuevas personas.
- Dificultad para desempeñar tareas sociales o laborales.
- Poca retención de lo que se lee.
- Pérdida de objetos.
- Menor capacidad para planificar y organizar.

- IV. Disminución cognitiva moderada (Etapa leve o temprana de la enfermedad de Alzheimer)

El médico en esta etapa, tras una entrevista con la persona afectada, detecta deficiencias claras en las siguientes áreas:

- Falta de memoria de acontecimientos recientes.
- Mayor dificultad en realizar tareas complejas, como planificar una comida, pagar las cuentas o administrar las finanzas.
- Olvido de la historia personal.
- Estar de humor variable o apartado, sobre todo en situaciones que representan un desafío social o mental.

V. Disminución cognitiva moderada severa (Etapa moderada o media de la enfermedad de Alzheimer)

En esta etapa se detectan notables lagunas de memoria y déficit cognitivo. Las personas con esta enfermedad comienzan a necesitar asistencia en las actividades cotidianas. Éstos pueden:

- Ser incapaces de recordar su domicilio actual o su número telefónico.
- Confundirse del lugar en que están o el día de la semana
- Tienen dificultades para vestirse de manera adecuada.
- Suelen recordar detalles significativos sobre sí mismo y de sus familiares.
- De momento, no requieren ayuda para alimentarse o ir al baño.

VI. Disminución cognitiva severa

Los problemas de memoria se agravan. Hay considerables cambios en la personalidad y los individuos necesitan ayuda en las actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC). En esta etapa, el individuo puede:

- Perder conciencia de hechos recientes y de su entorno.
- Recordar su historia personal con imperfecciones, suelen recordar su propio nombre.
- Olvidar ocasionalmente el nombre de su pareja o de la principal persona que lo cuida, pero distinguen las caras conocidas de las desconocidas.
- Requerir ayuda para vestirse de forma apropiada, manejar asuntos con el uso del baño (Ej.: tirar de la cadena...).
- Sufrir una alteración del ciclo normal del sueño (duerme durante el día y está despierto por las noches).
- Experimentar episodios de incontinencia urinaria o fecal en aumento.
- Experimentar cambios significativos de la personalidad y del comportamiento, incluyendo celos, creencias o conductas repetitivas y compulsivas.
- Tienden a deambular.

VII. Disminución cognitiva muy severa. (Etapa severa o tardía de la Enfermedad del Alzheimer)

Los individuos pierden la capacidad de responder a su entorno, de hablar y no controlan sus movimientos. Es posible que pronuncien palabras o frases.

Necesitan ayuda con la mayoría de su cuidado personal diario, incluyendo comer y hacer sus necesidades. No tienen reflejos y sus músculos están rígidos. Además les afecta la capacidad para tragar. Es la última etapa de esta enfermedad.

3.3. La Musicoterapia

3.3.1. El desarrollo de la musicoterapia

Desde la antigüedad, la música ha sido empleada como medio terapéutico en muchas culturas. Su origen se produjo en Estados Unidos, cuando algunos músicos acudieron a hospitales donde se encontraban soldados de la 1º y 2º Guerra Mundial que venían de la guerra con numerosos traumas a nivel físico y/o emocional.

Cuando se dieron cuenta de los efectos que la música provocaba en los excombatientes, propusieron la importancia de iniciar una actividad inteligente y pedagógica, preparando así el camino para la musicoterapia (García, 2014: 5.)

La musicoterapia tiene muchas definiciones; Thayler Gaston, la definió como: “La música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes (ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal)”. En esta definición, las dos ideas centrales que conviene retener son “la utilización de la música” y el “provocar cambios en la persona” (Pérez, 2010: 1.)

“La Federación Mundial de Musicoterapia define la musicoterapia como (WFMT, 2011): El uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e

intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” (García Valverde, 2014: 6).

La musicoterapia es una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos positivos en la/s persona/s, que elabora y desarrolla un vínculo entre musicoterapeuta e individuo (o grupos de individuos), con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida; una terapia fundada en la interacción personal y un acuerdo terapéutico, más o menos implícito, con la que se persigue modificar la conducta y la experiencia psíquica de las personas, maximizando así su integración al medio (Camacho, 2006: 158).

La música puede tener un gran impacto en cualquier persona, pero además, en las personas mayores, tiene la capacidad de liberar todo un torrente de memorias. Es una terapia no farmacológica recomendada para personas mayores con la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencias. Se le considera un tratamiento paliativo, eficaz y beneficioso, utilizado en pacientes que padecen esta enfermedad ya que hacen reunir, evocar y dar sentido secuencial a eventos del pasado. Esta es una de las razones por las que la terapia musical es uno de los tratamientos más eficaces para las personas mayores que sufren determinados tipos de enfermedades o trastornos.

Una melodía puede evocar un recuerdo, un sentimiento de añoranza, de felicidad, de sorpresa, etc., ofreciendo a la persona la oportunidad de conectar con sus propias emociones y expresarlas.

Es por ello que este tipo de terapias utiliza la música para lograr una modificación en algún área de la vida de un individuo, su objetivo es mejorar el estado general del paciente actuando simultáneamente en las áreas sensorio-motriz, afectiva y cognitiva, haciéndole partícipe de una experiencia estético musical (Camacho, 2006: 161).

El tratamiento farmacológico y las terapias no farmacológicas, en este caso la musicoterapia, comparten los mismos objetivos en la intervención con personas con Alzheimer que son:

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar las funciones perdidas o mantener las preservadas.
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos.
- Conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Aumentar la calidad de vida.

3.3.2. Áreas estimuladas por la musicoterapia.

Los progresos de la musicoterapia que inciden a las personas mayores con la enfermedad de Alzheimer, se pueden dividir en tres áreas: (García Valverde, 2014; 10).

1. **Área cognitiva:** La musicoterapia estimula capacidades cognitivas como la atención, la orientación, el lenguaje o la memoria. Una melodía familiar puede evocar de forma inmediata una emoción, una sensación o un recuerdo del pasado, devolviendo a la persona con demencia el sentimiento de identidad, seguridad. A menudo, encontramos personas con demencia que poseen grandes dificultades para reproducir o comprender el lenguaje verbal, sin embargo son capaces de cantar canciones. Esto puede ser porque “los fundamentos del lenguaje son musicales, y son prioritarios a las funciones semánticas y léxicas en el desarrollo del lenguaje”.
2. **Área socioemocional:** Las personas con demencia pierden el sentido del aquí y el ahora, se desorientan, son conscientes en ocasiones del progresivo deterioro que sufren, lo que desencadena sentimientos de angustia, confusión, desconfianza, ira o tristeza. La necesidad de expresar sus emociones se ve truncada por la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas. Por ello, son necesarios espacios terapéuticos que estimulen el trabajo con las emociones, que favorezcan la expresión y la validación de las mismas. La musicoterapia ofrece escucha y estímulo, descarga y contención, evocación y canalización de sentimientos mediante un lenguaje simbólico, profundo e inmediato. Todo ello promueve un estado de ánimo más positivo en las personas con enfermedad de

Alzheimer, mejora estados de ansiedad y depresión, además de favorecer la interacción no sólo durante la experiencia musical, sino después de la misma.

3. Área conductual: Uno de los grandes retos para los cuidadores, familiares y profesionales es el manejo de los trastornos de conducta de las personas con demencia. La musicoterapia puede favorecer que las personas con deambulación errante permanezcan más tiempo en el espacio musical en función de los gustos y preferencias. Con el objetivo de mejorar la irritabilidad, ansiedad y depresión durante los períodos de comidas, aseos, etc.

3.3.3. Los efectos de la musicoterapia

Los efectos curativos de la música han sido estudiados desde hace varios años. La musicoterapia es el uso de la música para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social de personas que tienen problemas de salud o educativos.

En varias residencias de personas mayores, gracias a la participación de la musicoterapeuta los residentes han podido experimentar de este tipo de actividades. Los efectos que se han podido detectar en estas actividades se derivan en que: (SARQuavitae Monte Val, 2016)

La musicoterapia permite mejorar la calidad de vida de las personas que la sufren:

- En las fases leves y moderadas de la demencia, la música puede contribuir a salvar las capacidades cognitivas y funcionales (lenguaje, atención, memoria), intentando así potenciar la autonomía de la persona.
- En las fases moderadas y avanzadas, la música permite a la persona desviar la atención de los estímulos que no interpreta hacia a un estímulo que sí y, por tanto, que ejerce un efecto calmante de la ansiedad. De esta manera, la música ayuda a comprimir algunos síntomas conductuales de la demencia, como la agresividad física y verbal o el deseo de deambular.
- En un estadio avanzado de la demencia, bastantes de estos enfermos pierden la habilidad para comunicarse, pero aún mantienen la capacidad para procesar la música, llegando a interaccionar con el entorno, cuidadores, etcétera. Ya que gracias a la musicoterapia se activa la memoria biográfica y emocional.

3.3.4. Los beneficios de la musicoterapia con enfermos de Alzheimer

Gracias a la musicoterapia y a la atención que se están poniendo en Centros de Días o Centros residenciales a las personas mayores, se puede detectar diferentes beneficios para las personas enfermas de Alzheimer.

En un Centro Residencial se ha realizado un estudio sobre los beneficios obtenidos y se dividen en tres tipos: El beneficio cognitivo, el beneficio físico y el beneficio social, emocional y espiritual (Instituto de Religiosas San José de Gerona, 2014).

Beneficios cognitivos:

- Ayuda a mantener o mejorar las habilidades verbales. A través de actividades rítmicas, por ejemplo, contribuye a la inteligibilidad del lenguaje.
- Estimula la memoria a diversos niveles, tanto a corto como a largo plazo, ayudando a la reminiscencia (evocación de recuerdos casi olvidados) y al aprendizaje.
- Ayuda a mantener la atención y a conectar la persona con la realidad.
- Incentiva la creatividad.

Beneficios físicos:

- Actúa como estímulo sensorial.
- Es relajante y disminuye la ansiedad y la angustia.
- Activa el sistema motor y favorece el equilibrio.
- A través del ritmo mejora la coordinación de los movimientos.
- A través de los pequeños ejercicios de psicomotricidad de seguir el ritmo o tocar un instrumento ayuda a mejorar la movilidad de las articulaciones y aumenta la fuerza muscular.

Beneficios sociales, emocionales y espirituales:

- Fomenta la participación, la interacción y la comunicación social en el grupo.
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima.
- Permite hacer aflorar las emociones.
- Mejora la expresión verbal y no verbal.

4. OBJETIVOS

1º Objetivo general: Conocer el significado, el desarrollo y la evolución que presenta la enfermedad de Alzheimer a las personas mayores.

- Objetivo específico: Conocer los beneficios que ofrece el envejecimiento activo para las personas mayores con la enfermedad de Alzheimer.

2º Objetivo general: Comprender y valorar la opinión de los familiares de enfermos de Alzheimer de la residencia de personas mayores “Sanyres-Logroño”.

- Objetivo específico: Evaluar los recursos dedicados en la residencia de personas para las personas mayores con la enfermedad de Alzheimer.
- Objetivo específico: Apreciar el valor de la musicoterapia y los beneficios que producen a las personas mayores enfermas de Alzheimer en Sanyres-Logroño.

5. MARCO INSTITUCIONAL DE LA RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES “SANYRES-LOGROÑO”

La residencia Sanyres-Logroño se fundó en el año 2001. Se sitúa en la calle Clavijo Nº1, zona ubicada cerca del centro de Logroño siendo esto una ventaja ya que facilita su llegada a él a pie o en trasportes urbanos, dato destacado por los familiares ya que, gracias a su cercanía, pueden visitar a sus familiares más a menudo.

La residencia consta de un total de 232 plazas, repartidas en habitaciones tanto dobles como individuales.

La estructura de este centro está dividida en cinco plantas distribuidas según el grado de asistencia que necesiten los residentes:

- En la planta baja, el sótano, se encuentra el servicio de lavandería, peluquería, podología, sala de fisioterapia y de terapias donde se elaboran actividades como la lectura de periódicos o revistas, torneos de bolos, juegos con aros, pintura etc.
- En la primera y segunda planta se encuentran los residentes más autónomos, sin deterioro cognitivo y sin problemas de movilidad.

- En la tercera planta (llamada planta de enfermería) se encuentran los residentes que están enfermos o que han sido dados de alta tras estar ingresados en los hospitales y que necesitan una mayor supervisión.
- En la cuarta y quinta planta se instalan los residentes con problemas cognitivos y psíquicos. Siendo la cuarta planta donde residen los usuarios con un deterioro cognitivo más avanzado.

El centro tiene un equipo formado por: dos médicos que controlan y supervisan actuaciones detalladas para analizar la evolución y adaptaciones de actuaciones futuras, una psicóloga que presta una atención enfocada a ayudar al paciente a asumir lo ocurrido y afrontar los miedos, una terapeuta ocupacional que realiza terapias dirigidas a aumentar la calidad de vida y mejorar la autonomía, una trabajadora social que dirige una atención orientada a mejorar la relación del paciente y de su entorno, gerocultores/as, una coordinadora asistencial, una supervisora y dos fisioterapeutas, ambas llevan a cabo un programa adaptado con ejercicios específicos.

El resto de personal está compuesto por enfermeros, auxiliares y recepcionistas.

Sanyres-Logroño ofrece una serie de servicios adecuados a cada residente según el nivel de asistencia necesario, ya que el objetivo es trabajar la recuperación y el mantenimiento de la actividad física y cognitiva de las personas mayores para conseguir que vivan con un mayor grado de autonomía. Todo ello en un ambiente familiar y acogedor debido a que se encargan de prestar la máxima calidad en la atención a las personas mayores.

6. METODOLOGÍA

El proyecto de investigación surge debido al elevado número de residentes con gran dependencia, la mayoría ocasionados por algún tipo de demencia o Alzheimer.

Como las necesidades sociales y sanitarias que necesitan las personas con Alzheimer ya son trabajadas por el equipo profesional del centro, en este proyecto se debe tener en cuenta a los familiares de referencia, debido a que juegan un papel importante, tanto antes de ingresar a la persona mayor en el centro, a la hora del ingreso o una vez en la estancia del mismo puesto que es un momento duro, lleno de incertidumbre y sufrimiento para ambas partes.

Para el estudio se va a utilizar la técnica cualitativa que se centra en el sujeto individual, en este caso en el familiar de los usuarios residentes en Sanyres-Logroño que padecen Alzheimer, para que de esta forma se conozcan sus sentimientos y así realizar un análisis de contenido para comprobar si los recursos que utilizan en la residencia Sanyres-Logroño son favorables para este colectivo.

Se han empleado las dimensiones de Bericat para determinar la metodología del proyecto. Desde una dimensión temporal se trata de un estudio diacrónico, al considerar el objeto desde una perspectiva dinámica, prestando exclusivamente atención a la situación actual en la que se encuentran las personas con la enfermedad de Alzheimer y los familiares de los mismos, y de realizar un recorrido a lo largo de sus vidas.

El tema se aborda desde un punto de vista subjetivo al realizar un análisis de las situaciones de las actitudes y opiniones desde una perspectiva externa.

La conceptualización del objeto es mediante la síntesis, tras basarse en entrevistas y en una observación participante para esquematizar alguna información importante que relacionen los familiares sobre sus opiniones con exactitud.

Además este proyecto posee una orientación inductiva debido a que tras conocer anteriormente las teorías sobre el envejecimiento, el Alzheimer y la musicoterapia, los resultados que se van a obtener en las entrevistas con los familiares de residentes enfermos de Alzheimer va a ser formar una teoría a raíz de la información obtenida.

En primer lugar, en estos dos años en los que se han efectuado las actividades de prácticas externas de la Universidad de la Rioja, se ha desarrollado una observación participante, en la que se ha observado durante los días de asistencia al centro de prácticas tanto las posibles necesidades que puedan presentar los residentes con Alzheimer; además de la observación a las familias tanto en el momento del ingreso como en los días posteriores al mismo.

La forma de llevarla a cabo ha sido la visita por las diferentes plantas que compone la residencia durante días esporádicos y en diferentes momentos del día, por lo que se ha llevado a cabo una participación pasiva.

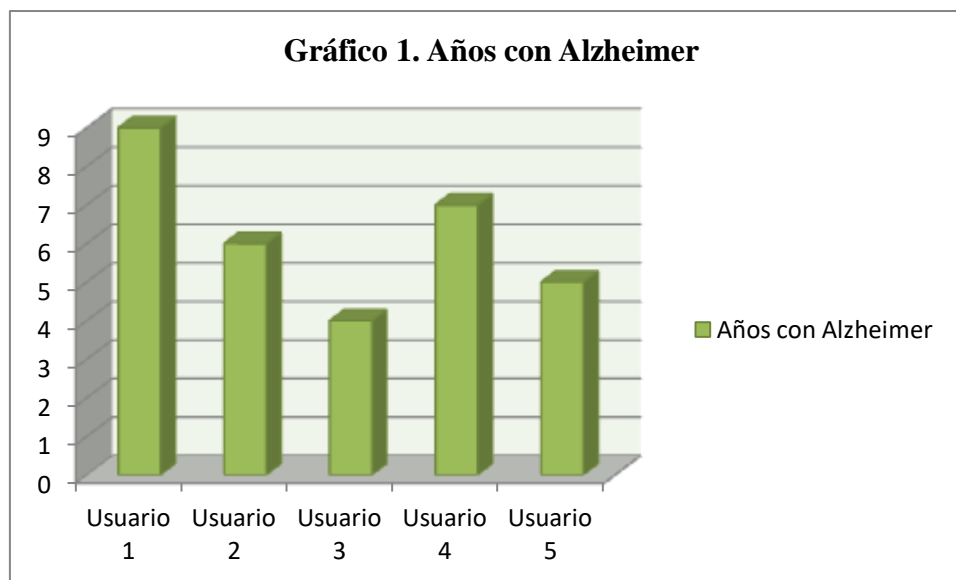
Tras finalizar el proceso de observación, se utilizará otro tipo de metodología cualitativa, la realización de entrevistas individualizadas a algunos familiares de residentes enfermos de Alzheimer.

La entrevista es una técnica de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta. El motivo por el cual se decidió realizar la entrevista fue porque se creyó que iba a ser más enriquecedor que un cuestionario, debido a que las preguntas se desarrollarán con el máximo grado de apertura, es decir se manejará la entrevista en profundidad, dejando plena libertad al entrevistado (en este caso, al familiar del residente que padece Alzheimer) para expresarse.

Las entrevistas individualizadas se realizaron concretamente a cinco familiares de usuarios enfermos de Alzheimer. A cada uno se le comentó que esta entrevista era para la realización de un Trabajo de Fin de Grado acerca de la enfermedad de Alzheimer, y que las preguntas estaban orientadas a dicha enfermedad y a cómo la han afrontaron. Todos familiares fueron muy comprensivos y quisieron contestar a la entrevista sin ningún tipo de problema.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tras realizar las cinco entrevistas individualizadas previstas a los respectivos familiares de los residentes, la mayoría grandes dependientes debido a la enfermedad de Alzheimer, se han podido obtener los siguientes resultados:



Fuente: Elaboración propia en Excel

En este gráfico se puede observar que los familiares notificaron que los residentes que padecen Alzheimer en Sanyres-Logroño llevan bastantes años con esta enfermedad, sin tener en cuenta los pequeños síntomas que fueron las pistas para derivar el comienzo de esta dura enfermedad como: desorientación en el tiempo, en lugares; cambios en el estado de ánimo o en la personalidad; otro tipo de deterioro cognitivo que le ha derivado posteriormente a este padecimiento; distanciamiento de los amigos o familiares; problemas para realizar las tareas que realizaban habitualmente, etcétera.

Cuando conocieron la enfermedad que padecía su familiar, ninguno de los entrevistados decidió ingresarlo en un centro institucional, sino que cuidaron del familiar hasta que se vieron en una situación extremadamente vulnerable.

Respuesta del Familiar del residente N° 4:

“Mi padre comenzó con el Alzheimer hace 7 años, él antes era muy autónomo, vivía solo en su casa con mi madre, iba a por el periódico, daba paseos, jugaba la partida en el bar... En fin, las actividades básicas que hace cualquier jubilado. Hasta que de repente no comenzó a defenderse con el dinero, no se vestía correctamente y tenía bastantes despistes. A raíz de estos descuidos, lo llevamos al médico y éste fue quien nos diagnosticó que mi padre padecía la enfermedad de Alzheimer. Todo ello se fue agravando, hasta que llegó un momento en que mi madre y yo éramos incapaces de manejarlo en casa, viéndonos obligados a buscar una residencia, porque sino iba a acabar con nuestra salud.”

Respuesta del familiar del residente N° 3:

“A mi padre le diagnosticaron Alzheimer hace 4 años, nunca le habíamos detectado ningún despiste, vivía con mi hermana y salía a pasear con sus amigos del pueblo. Un día se fue al bar, eso nos dijo. Pero a las seis de la tarde llamó un vecino para comunicarnos que mi padre había aparecido en su huerta con la ropa sucia y angustiado porque no encontraba su casa. Cuando fuimos a por él no nos conocía y le llevamos al médico. El doctor nos comentó que padecía principios de Alzheimer, pero en pocos días siguió avanzando su enfermedad, hasta que se volvió verdaderamente agresivo, ya no nos conocía. Mi hermana y yo no dejábamos a mi madre sola en casa con él, por miedo a que le hiciera algo. Entonces nos vimos en la obligación de llevarlo a un centro residencial, porque no tomábamos con él. Además de no querer que viniera una interna en casa, porque nuestra casa es muy pequeña, no está en buenas condiciones para un enfermo de estas características, y no

teníamos otra habitación para ella. Ya hace dos años de que lo ingresamos en Sanyres. ”

Varios familiares a la hora de realizar la entrevista, se emocionaban ya que ellos tienen un sentimiento de culpabilidad por no poder atender adecuadamente a sus familiares en su domicilio, bien sea por falta de medios puesto que este tipo de residentes precisan de grúas para ser trasladados, de cambios posturales de cada cierto tiempo, o por falta de conocimientos sanitarios en cuanto a la medicación, tratamientos sanitarios específicos, etcétera.

Todos los entrevistados respondieron que sí que es aconsejable que a los pacientes con Alzheimer les cuidase un profesional, ya sea tanto en su domicilio como en el centro residencial, porque en muchas ocasiones esta enfermedad les supera, llegando incluso a perder la paciencia, cosa que no debe ocurrir ya que ellos no son conscientes de lo que hacen. Además de no descansar en ningún momento, siempre tienes que estar bajo la vigilancia de tu familiar.

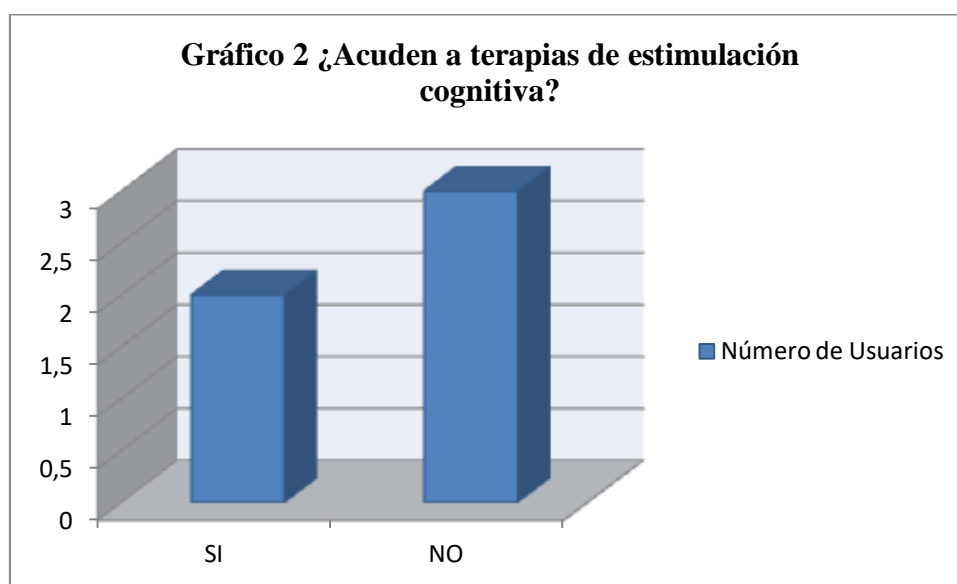
Respuesta Familiar del residente N° 5:

“Mi madre siempre ha sido muy nerviosa y activa, pero cuando comenzó con esta enfermedad fue un verdadero descontrol. Si te descuidabas un momento ya se desvestía en cualquier lado, en varias ocasiones se ha desvestido en la calle e incluso en el médico... Además tenía el sueño cambiado, todas las noche se levantaba por lo menos siete veces a orinar y nos desvelaba tanto a mí, como a mi marido e incluso a mis hijos que tenían que ir al colegio al día siguiente. Hasta que mi cuerpo dijo basta, no aguantaba más con esta situación y tuvimos que hacer algo para el bien de mi madre y el de mi familia”.

Respuesta Familiar del residente N° 1:

“Mi madre lleva nueve años con esta enfermedad, tiene 86 años. En un principio estaba en casa con nosotros, con la vigilancia siempre de una persona, pero la enfermedad siguió avanzando, hasta que mi

madre se quedó vegetal. Cuando se quedo vegetal, no podíamos hacernos cargo ya de ella, verla así se nos hacía demasiado grande, caí en una depresión, y moverla era muy costoso, además de que le hacíamos daño porque ella se quejaba. La vivienda no estaba en las condiciones adecuadas para poner una grúa, y no podíamos pagar los arreglos por lo que decimos ingresarla con todo el dolor de nuestro corazón en Sanyres”.



Fuente: Elaboración propia en Excel

En la mayoría de las residencias para personas mayores que disponen de plazas para personas con problemas cognitivos, realizan terapias de estimulación cognitiva.

En Sanyres-Logroño hay una unidad de Alzheimer en la que el equipo profesional con prestigio en la materia, intenta que esta enfermedad no aumente y que la persona afectada pueda seguir viviendo lo más autónomamente posible. Para que esto no aumente, se realizan entre los pacientes terapias diarias de estimulación cognitiva y particularmente áreas específicas de orientación, lenguaje, memoria, lectura, cálculo, etcétera.

En este gráfico, los familiares comunican que no todos los residentes con Alzheimer acuden a terapias de estimulación cognitiva. En este caso dos usuarios sí que acuden a

estas terapias con la psicóloga, pero los restantes no acuden por su gran deterioro cognitivo.

Explicaban que la causa por la que no asisten a las actividades de estimulación es por la existencia de dificultar la concentración de los demás residentes, ya que estas actividades se hacen de forma grupal.

Algunas de las personas que no acuden a las actividades de estimulación grupal, realizan ejercicios de manera individual en sus respectivas plantas o despachos con la psicóloga, auxiliares o con la animadora sociocultural del centro.

Cuando los familiares manifestaron sus respectivas opiniones acerca de las terapias de estimulación cognitiva de los residentes con esta enfermedad, solamente un familiar confirmó con certeza que su madre tenía terapia gracias a la musicoterapia. Los demás comentaron que habían acudido a alguna terapia de musicoterapia pero ya no asistían.

Respuesta familiar N°2:

“Mi madre de 85 años lleva seis años con la enfermedad de Alzheimer, en Sanyres lleva prácticamente dos años y medio. No pudimos tenerla más tiempo en casa porque era muy agresiva y no paraba quieta ni un solo momento. Una vez me pegó porque intentaba ducharla y me caí, con la mala suerte de que me fracturé el hombro. Yo soy soltera y nadie se podía hacer cargo de mi madre, no tuve más remedio que meterla en una residencia. Cuando la Trabajadora Social, a la hora de ingresarla, me preguntó por sus hobbies, le respondí que le encantaba la música y coser. La psicóloga al mes de ingresarla me llamó para comunicarme que había hecho terapia individualizada con mi madre y que se relajaba de manera sorprendente al ponerle unos cascos con música. Mi madre se ha vuelto cariñosa y pacífica, realmente parece un milagro que esté así.”

Este familiar explica la grata sorpresa que se llevó al observar la cara de felicidad de su madre al escuchar música. Aunque lo más sorprendente fue que el residente se acordase de las canciones que escuchaba, comentase los instrumentos que se oían en la melodía y

solfease una canción entera, ya que esta persona es incapaz de reconocer a su propia hija.

En la actualidad este familiar percibe la vida de manera diferente, no ve tan negativa ni tan dura la enfermedad de su madre como verdaderamente lo sentía. Su madre se encuentra menos agitada, ha mejorado su autonomía y su estabilidad aunque sea por un período de tiempo, gracias a la musicoterapia.

Los otros entrevistados explican que no están satisfechos con la estimulación que los profesionales realizan a estos residentes. Debido a que los entrevistados ven más tranquilos a sus familiares de lo que verdaderamente estaban en su domicilio. Pero el descontento viene ocasionado por la gran variedad de medicamentos y tranquilizantes que toman los residentes en los centros residenciales, para que estén más pacíficos y no molesten a los demás residentes. Ya que en la mayoría de las residencias comparten habitación con otro usuario del centro.

Esta acumulación de tranquilizantes o medicinas para que el residente esté más calmado, reduce los momentos de lucidez que pueden tener. Provocando una decadencia en su enfermedad, en vez de estimularles lo máximo posible, para que los síntomas que genere el Alzheimer se produzcan lo más tarde posible, y así conseguir un envejecimiento activo acorde a la enfermedad.

8. CONCLUSIONES

Partiendo del análisis de la información obtenida mediante las fuentes secundarias y los resultados de la propia investigación se han logrado las siguientes terminaciones:

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible, que ataca al cerebro de las personas provocando un deterioro en la memoria afectando la forma de pensar y de comportarse de los individuos.

La mayoría de las veces, el Alzheimer lo padecen las personas mayores, concretamente a partir de sesenta y cinco años, aunque también lo pueden sufrir personas más jóvenes.

La enfermedad del Alzheimer se comporta como el envejecimiento ya que según cómo va apareciendo, va cambiando la personalidad, el estado físico y el estilo de vida que va a desarrollar este colectivo, en estos últimos años de vida.

Asimismo, el enfermo de Alzheimer puede experimentar confusión, cambios de personalidad, dificultad para encontrar palabras, ideas, etcétera. Y a medida que avanza la enfermedad, los pacientes pierden autonomía personal.

Es por ello que los recursos dedicados a la promoción del envejecimiento activo disponible en los centros residenciales de personas mayores, concretamente en la residencia Sanyres-Logroño estén a disposición del individuo en este proceso.

Por eso se ha realizado un gran hincapié en la actividad de la Musicoterapia, que se entiende como el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos, de manera estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos factores componentes del ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal.

La musicoterapia busca descubrir potenciales y/o restituir funciones del individuo para que la persona que padece Alzheimer obtenga una organización intra e interpersonal con la finalidad de obtener una mayor calidad de vida. Por ello la sociedad se ha percatado

de que la musicoterapia es una actividad que trabaja en la prevención y en la rehabilitación de las personas que pueden estar enfermas o carecer de ese malestar.

Gracias a la musicoterapia se han llegado a mostrar resultados verdaderamente positivos para las personas mayores, como se ha podido comprobar en el análisis de información, mejoras en su calidad de vida, en su estado de ánimo, en sus recuerdos, en su estado físico y fisiológico, en su socialización, así como el efecto que se traspasa a familiares y trabajadores con este tipo de pacientes.

A la hora de escuchar la música, el ritmo... puede ocasionar a la persona con Alzheimer efectos que pueden llegar a momentos de lucidez, donde rememoren emociones intensas, recuerdos de la infancia, sentimientos de autonomía, además de sentirse importantes, protagonistas y disfruten de ese momento, aunque tras la enfermedad tenga una dirección fija y difícil.

Aunque un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer le cambia la vida a la persona con esa enfermedad, se debe ser consciente de que también les cambia la vida a sus familiares y a su entorno social.

Tras realizar el estudio de manera cualitativa con cinco familiares de enfermos de Alzheimer que están en la residencia de personas mayores, Sanyres-Logroño, se ha podido comprobar que los familiares deben sentirse apoyados por el equipo profesional del centro institucional y sentirse que esta, la residencia, se preocupa por las necesidades tanto de su bienestar como la del familiar.

Porque a pesar de parecer los familiares fuertes, hay muchas dificultades dentro de cada historia sobre los residentes enfermos de Alzheimer que puede llegar a sobrepasar al familiar en varias ocasiones.

Algunas de las dificultades que puede sentir el familiar y que le afecte a su estado de ánimo son:

- La adaptación durante las etapas temprana, intermedia y final de la enfermedad puede costar a los familiares que se hagan cargo de la persona enferma interfiriendo en su vida privada.

- Los costes económicos que necesita una persona con esta enfermedad tanto en su domicilio, como en un centro de día o centro institucional, ya que, en numerosas ocasiones, hay que pagar ciertos materiales como grúas, pañales, sillas de ruedas, andadores, mensualidad en las residencias o centros de día, etcétera. Y los familiares se ven en la situación de pedir ayudas a los Servicios Sociales en último lugar, tras haber pedido ayuda a otras personas de confianza, como amigos, familiares lejanos...
- Un enfermo de Alzheimer tiene que ser vigilado casi las 24 horas del día, ya que ellos no son conscientes de lo que verdaderamente hacen. Debido a esto, muchos familiares han pedido una excedencia, una reducción de horario o incluso han dejado su trabajo para cuidar a su familiar, sabiendo las repercusiones que esto conlleva.
- El agobio, es triste ver como tú familiar se comporta de esa manera y no poder hacer nada, por eso muchas personas pueden agobiarse y tener un alto nivel de estrés que puede desembocar en una gran depresión.

A pesar de lo dicho anteriormente, se han pensado ciertas propuestas para la mejora de vida de las personas que padecen Alzheimer en los centros residencias, como de los familiares.

Estas propuestas se dividen en:

- Intentar que los residentes con Alzheimer realicen todo tipo de actividades tanto grupales como individuales.

En caso de que no poder participar en terapias de estimulación cognitiva grupal, que se efectúen de manera individual para conocer mejor la fase evolutiva en la que se encuentra el enfermo, y posibilitar la ejercitación en grupo de las habilidades conservadas. Porque la estimulación es la única forma de ralentizar y retrasar el proceso degenerativo de esta enfermedad.

Para ello los familiares deben estar pendientes de las actividades que se realizan en el centro. Cada familiar debe tener una especie de guía o de manual repartido por el equipo profesional del centro, donde se explique las actividades que ha realizado su familiar cada día, cómo se ha comportado y si ha participado en esas dinámicas.

Además de tener un buzón de sugerencias donde cada familiar sea libre de opinar, como consejo hacia algún cambio en las terapias, para mejorar su autonomía y tener más momentos de lucidez.

- Instalar tanto en los Centros de Día como en los Centros Residenciales, Aulas Snoezelen para personas con la enfermedad de Alzheimer. (Estimulación multisensorial y Alzheimer: Snoezelen, 2012.)

Estas aulas, son salas multisensoriales dirigidas a personas con gran dependencia que tienen un mayor grado de afectación y que por sus características necesitan una mayor atención.

Estas salas podían adaptarse perfectamente a personas con la enfermedad de Alzheimer o con gran deterioro cognitivo, ya que están preparadas para trabajar con cada usuario de manera fácil y dinámica.

El objetivo de las Salas Snoezelen consiste en que las personas con dificultades puedan disfrutar de la estimulación de los sentidos y gozar de un tiempo específicamente dedicado a la relajación y la auto-búsqueda.

Existen tres modalidades de Sala Snoezelen: La sala blanca, que se caracteriza por la ausencia de color para resaltar los elementos sobre los que queremos que la persona centre su atención y cuyo objetivo principal es la estimulación; la Sala Negra, que tiene como objetivo facilitar el aprendizaje, el movimiento y la estimulación por medio de luz negra y los diferentes colores que resplandecen bajo su enfoque; y la Sala Aventura, dónde se trabaja la estimulación perceptivomotora y sensorial por medio de los diferentes materiales presentes en la sala, cuerdas, pelotas, muchos colores, paneles y demás instrumentos con los que se fomenta el movimiento y la exploración.

La finalidad de estas salas es que las personas que padecen Alzheimer sean capaces de disminuir su estrés, se relajen y mejorar la relación con la familia.

- Realizar en la residencia Sanyres-Logroño, grupos de apoyo para familiares, como en la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de La Rioja (AFA RIOJA), para empequeñecer y advertir los problemas que pueden presentarse en el cuidador del enfermo de Alzheimer, como la ansiedad,

depresión, agotamiento físico y psíquico, etcétera. Estos grupos se pueden reunir una vez al mes y serían dirigidos por la psicóloga.

Estas tres medidas de mejora deberían implantarse en todas las residencias de ancianos y centros de día para conocer mejor las fases evolutivas afectadas de la enfermedad de Alzheimer. Y conseguir que tanto los equipos profesionales (psicólogos, médicos, fisioterapeutas, terapeutas, trabajadores sociales, animadores socioculturales, auxiliares, etcétera), como los familiares de los enfermos sepan cómo actuar antes estas situaciones tan complejas, aliviando la sobrecarga y los sentimientos encontrados a lo largo de la enfermedad, para que los enfermos de Alzheimer mejoren en esta enfermedad.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alzheimer's Association. (2017). *Recursos para la enfermedad del Alzheimer y la demencia*. Consultada el 17 de Febrero de 2017, en <http://www.alz.org/es/alzheimers-association-españa.asp>
- Alzheimer's Association. (2017). *Qué es la Enfermedad de Alzheimer?*. Consultada el 17 de Febrero de 2017, en http://www.alz.org/espanol/about/que_es_la_enfermedad_de_alzheimer.asp
- AFARIOJA. (2010-2017). *Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de La Rioja*. Consultada el 20 de Marzo de 2017, en <http://www.afarioja.org/>
- Centro Virtual Sobre el Envejecimiento. (2012). Estimulación multisensorial y Alzheimer: Snoezelen. Consultado el 29 de Mayo de 2017, en <http://www.cvirtual.org/blog-post/estimulacion-multisensorial-y-alzheimer-snoezelen>
- CRE Alzheimer de Salamanca. (2015). Musicoterapia en el CRE de Alzheimer. Consultado el 26 de Marzo de 2017, en http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/musicoterapia/index.htm
- El Confidencial. (2014). *Cinco razones que explican por qué las mujeres viven más que los hombres*. Consultada el 7 de Abril de 2017, en http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-10-20/cinco-razones-que-explican-por-que-las-mujeres-viven-mas-que-los-hombres_253317/

- El Diagonal. (2015). *Musicoterapia: música y canciones contra el Alzheimer y el olvido*. Consultado el 15 de Marzo de 2017, en <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/27398-musicoterapia-musica-alzheimer-canciones-olvido.html>
- Fernández- Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fundación Alzheimer España. (2014). *El Alzheimer*. Consultada el 19 de Febrero de 2017, en <http://www.alzfae.org/alzheimer>
- Fundación Pasqual Maragall. (2008). *Por un futuro sin Alzheimer*. Consultada el 19 de Febrero de 2017, en <https://fpmaragall.org/>
- García, E. (2014). *Guía de Orientación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO.
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Instituto de religiosas San José de Gerona. (2014). *Musicoterapia para las personas mayores*. Consultada el 1 de Marzo de 2017, en http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150543.musico_terapia.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Evolución de la Esperanza de vida al nacimiento según período*. Consultada el 1 de Abril de 2017, en http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_2/10/&file=d1gl.px&type=pcaxis&L=0
- ISNA España. (2012). *Asociación de Estimulación Sensorial y Snoezelen*. Consultada el 20 de Mayo de 2017, en <https://www.xn--isnaespaa-s6a.es/concepto-snoezelen/>

- Parquet, C. A., Nissen, M. D., Romano, M. et al. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 175, 9-12.
- Peña- Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer, del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pérez, M. (2010). La musicoterapia. *Revista Digital Innovación y Experiencias educativas* 45, 1-12.
- Residencia de Personas Mayores Sanyres-Logroño. (2014). *Ejercicios de musicoterapia con personas mayores*. Consultada el 6 de Marzo de 2017, en <http://gruposanyres.es/ejercicios-de-musicoterapia-con-personas-mayores>
- Romero, M. J. y Orantes; R. (2010). *Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, ejercicios prácticos*. Jaén: Formación Alcalá.
- Sabater, C. (2017). Método Científico y métodos en Ciencias Sociales. Dimensiones metodológicas de la investigación social, 5-7.
- Sánchez, I., Romero, R., Rodríguez, E. et al. (2016). *Alzheimer*. Alicante: Área de innovación y desarrollo, S.L.

10. ANEXOS

Guión de la entrevista realizada a los familiares de enfermos de Alzheimer que residen en la residencia de personas mayores Sanyres-Logroño:

1. ¿Cuándo le diagnosticaron Alzheimer a su familiar?
2. ¿Cómo se enfrentó a esa enfermedad?
3. ¿Cómo definiría a una persona con Alzheimer?
4. ¿Qué es lo más complicado en el cuidado del mayor?
5. Dada la complejidad de la enfermedad, ¿es aconsejable que a los pacientes con Alzheimer les cuide un profesional?
6. ¿Por qué decidió que lo mejor era ingresarla en esta Residencia para personas mayores? ¿Cómo ha influido en la enfermedad? Nivel de satisfacción.
7. ¿Acude su familiar a terapias de estimulación cognitiva para favorecer en el envejecimiento activo de las personas que padecen Alzheimer?
8. En caso positivo, ¿A qué acude?
9. ¿Está satisfecha con las actividades de estimulación cognitiva que se realizan en el centro para su familiar?
10. ¿Añadiría alguna actividad beneficiosa para el envejecimiento activo de este colectivo? ¿Qué opinaría sobre la musicoterapia?